Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 20 — 7 Mars 1896 — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE, par FÉLIX LEJARS 117

ANALYSES

Médecine expérimentale : Sur l'hérédité de l'immunité acquise. Contribution expérimentale, par L. VAILLARD 119

Médecine : Les contractures locales comme premier symptôme du tétanos, par M. P. KLEMM. 119

Obstétrique et Gynécologie : Des tumeurs malignes des villosités choriales, par MM. APFELSTEDT et ASCHOFF. — Des bactéries contenues dans le canal génital de la femme et de leur rapport avec l'endométrite, par M. S. GOTTSCHALK et R. IMMERWAHR 119

Neurologie et Psychiatrie : Hémiplégie cérébrale infantile. Réveil de l'affection cinquante ans après le début, par MM. S. LAUNOIS et PAVIOT. — Contribution à l'étiologie des hémorrhagies cérébrales, par M. STEIN. 120

Dermatologie et Syphiligraphie : Un cas de dermatite bulleuse urémique, par M. ALFRED BARRS . . . 120

Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Sur les symptômes et les conséquences de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par M. A. THOST 120

La phonendoscopie, par CH. COMTE XCV

L'hospitalisation des tuberculeux en Autriche, par M. HELLER XCVI

Traitement de la grossesse extrautérine, par M. L. PICQUÉ. XCVI

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Cystostomie sus-pubienne, M. PICQUÉ. MM. BAZY, POIRIER. — Kyste hydatique du foie, M. PICQUÉ. — Luxation du nerf cubital, M. SCHWARTZ. MM. QUÉNU, DELORME, POIRIER, TH. ANGER. — Myomectomies, M. TÉMOIN. — Luxation de l'épaule datant de deux mois et demi, MM. SCHWARTZ, HENNEQUIN. — Luxation irréductible de l'épaule compliquée de fracture, M. BERGER. — Appendicite, M. REYNIER. MM. QUÉNU, BRUN. XCVII

Société médicale des hôpitaux : Pneumothorax simple chez une grande emphysémateuse. Guérison en six semaines, MM. L. GALLIARD et BARBE. — Statistique du pneumothorax dans les hôpitaux de France, M. GALLIARD. — Pathogénie des collatérales de la moelle épinière, M. G. MARINESCO. — Des érythèmes au cours d'infection monomicrobienne, non traitée par sérothérapie, M. CHANTEMESSE XCVIII

Société anatomique : Anévrysme aortique. Rupture, M. SICARD. — Lymphadénome du médiastin, M. AUCLAIR. — Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu, M. MERMET. — Exostose sous-unguéale ostéo-fibro-cartilagineuse, M. MERMET. — Obstruction intestinale. Cancer de l'estomac, M. HERESCO. — Obstruction intestinale par bride, MM. PILLIET et GESLAND. — Ulcération de l'intestin grêle chez un enfant syphilitique, M. JOLLY. — Fracture de l'omoplate, M. MORESTIN. — Anomalies musculaires, M. BOUGLÉ. — Anastomose du nerf médian avec le musculo-cutané, M. PASTEAU. — Cystocèle inguinale, M. IMBERT. — Rétrécissement tuberculeux du rectum, M. SOURDILLE. — Epithélioma développé au niveau des cellules ethmoïdales, M. SOURDILLE. — Plaie du cou chez un suicidé, M. HENNEGART XCVIII

Société de thérapeutique : Traitement des crises dyspeptiques des nerveux, mode d'administration du lait, M. MATHIEU. MM. GUELPA, MATHIEU. — Inutilités et dangers de la quinine, M. FERRAND. — Dangers de la médication antipyrétique pratiquée avec les médicaments aromatiques, M. BARDET. XCIX

Société médico-chirurgicale : Des différents procédés d'électrolyse de l'urèthre, M. DESNOS. MM. LABBÉ, BOURSIER, DESNOS. — Des hématuries des oxaluriques, M. A. BOURSIER. C

Société française d'électrothérapie : Traitement de la colique de plomb par l'électricité galvanique, MM. LABADIE-LAGRAVE et REGNIER. MM. WIGIER, REGNIER. — Etat actuel du traitement électrique des fibromes utérins, M. LEEPTHOM SMITH. — De l'hémostase galvanique utérine en gynécologie, action respective de chaque pôle, M. APOSTOLI. C

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

COURS

Cours complémentaire d'accouchements. — M. MAYGRIER, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le samedi 7 Mars 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES

Anatomie. — M. SÉBILEAU, agrégé, commencera les conférences d'anatomie le samedi 7 Mars 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Pathologie externe. — M. RICARD, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le vendredi 6 Mars 1896, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Thérapeutique. — M. GILBERT, agrégé, commencera les conférences de thérapeutique le samedi 7 Mars 1896, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HOPITAUX

Jury du Concours du Bureau Central (Chirurgie). — Le Jury est provisoirement ainsi constitué : MM. Péan, Reclus, G. Marchant, Guéniot, Nicaise, Le Dentu, Déjerine.

Hôpital Ricord. — M. BALZER commencera ses leçons sur les *maladies vénériennes* le lundi 9 Mars à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour du 10 Mars 1896 :*

Rapport : Sur un cas de péritonite par perforation par M. Hartmann, M. Michaux, rapporteur.

Communications : Sur les pyélonéphrites par M. Routier. — Cholélithiase biliaire par M. Tuffier.

Congrès international de Psychologie. — Le troisième Congrès international de Psychologie se réunira à Munich du 4 au 7 août 1896. Toutes les personnes (y compris les dames) s'intéressant à la propagation des connaissances psychologiques pourront y prendre part. Les langues admises pour les discussions sont l'allemand, le français, l'anglais et l'italien. Le programme comprend quatre parties : 1° *Psycho-physiologie* (anatomie et physiologie du cerveau et les organes des sens et psycho-physique). — 2° *Psychologie de l'individu normal.* — 3° *Psycho-pathologie.* — 4° *Psychologie comparée.*

Le Comité international d'organisation est présidé par MM. les professeurs STUMPF (Berlin) et LIPPS (Munich). Le secrétaire général est M. le Dr baron DE SCHRENCK-NOTZING, (Max-Josephstrasse 2/1, Munich), auquel on est prié de s'adresser pour les admissions et communications.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du lundi 9 Mars 1896 :* M. GAUTRELET, dosage et séméiologie de l'uroérythrine urinaire ; M. DAUCHEZ, un cas de rubéole dans un foyer de rougeole ; M. PERCEPIED, fréquence des cas d'ictus laryngé ; M. POTHERAT, un accident consécutif à une injection de liquide testiculaire ; M. FERNAND LAGRANGE, des affections endémiques du foie en Algérie ; M. FOURRIER, note sur deux laparotomies.

LA PHONENDOSCOPIE

Par Ch. COMTE
Préparateur au Collège de France.

On sait avec quelle difficulté l'on arrive, même après beaucoup de pratique, à être assez maître de la percussion pour pouvoir, sans hésitation, trouver chez un malade les dimensions du cœur ; délimiter le foie est relativement plus facile, bien que sa limite supérieure reste souvent incertaine.

Pour l'estomac, la percussion impuissante cède la place à une méthode plus complexe, et la recherche des limites du gargouillement stomacal donne bien quelques renseignements, mais non sans fatigue pour le patient. Enfin, une palpation savante permet seule le plus souvent de trouver les reins tout en ne donnant au sujet de leurs dimensions que des notions très vagues.

Les rayons cathodiques de Rœntgen ont fait bril-

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

POUGUES St-LÉGER — Souverain antidote des maladies de l'estomac.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

VICHY-CÉLESTINS

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

RUBINAT — SOURCE LLORACH — Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

HAMAMELIDINE LOGEAIS

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

ler aux yeux des cliniciens une nouvelle méthode d'exploration et l'on s'est cru permis d'espérer que la photographie à travers les corps opaques et même la vision directe avec le cryptoscope rendraient de grands services à la médecine. Mais, si cette méthode s'est montrée applicable à l'exploration des os, elle ne peut donner que de très faibles renseignements sur les viscères. En supposant même que l'on arrive à perfectionner ce procédé de recherche, il ne présentera jamais les caractères nécessaires à toute méthode d'exploration clinique, car il exigera toujours l'emploi d'appareils électriques puissants.

Aussi, au lieu d'attendre la simplification de ce genre d'investigation, il y aurait avantage à profiter dès maintenant du procédé d'exploration imaginé et réalisé par le Dr Bianchi, professeur agrégé de la Faculté de Parme. Cette méthode de recherche, appelée par l'auteur, la Phonendoscopie, ne nécessite que l'emploi d'un stéthoscope amplificateur. Avec ce seul appareil et un crayon dermographique, l'on arrive très rapidement à dessiner sur la peau d'un sujet les contours de ses viscères thoraciques et abdominaux, chaque organe étant représenté par sa projection sur la paroi.

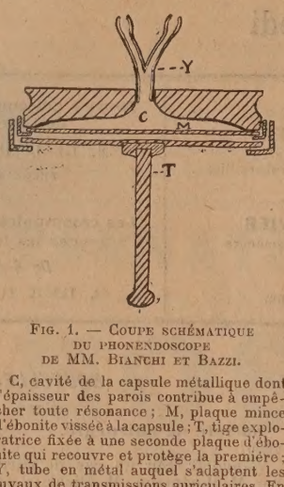

Fig. 1. — Coupe schématique du phonendoscope de MM. Bianchi et Bazzi.

C, cavité de la capsule métallique dont l'épaisseur des parois contribue à empêcher toute résonance ; M, plaque mince d'ébonite vissée à la capsule ; T, tige exploratrice fixée à une seconde plaque d'ébonite qui recouvre et protège la première ; Y, tube en métal auquel s'adaptent les tuyaux de transmissions auriculaires. En remplaçant ces tubes simples par des tubes bifurqués deux personnes peuvent se livrer à la fois à la même exploration.

Cette méthode d'exploration a été présentée au Congrès international de Rome de 1895, et bien qu'elle se soit aussitôt répandue en Angleterre et en Allemagne, elle n'a pénétré que tout dernièrement en France[1]. Seul, le stéthoscope amplificateur créé par MM. Bianchi et Bazzi, pour rendre la Phonendoscopie pratique, était parvenu jusqu'à Paris, mais nul n'en connaissait l'usage.

Ce procédé d'exploration pouvant rendre de grands services à la clinique, il n'est pas sans intérêt de donner quelques indications sur la Phonendoscopie et ses applications.

La Phonendoscopie permet en effet de déterminer dans le corps la place de chaque organe et d'obtenir des notions relativement exactes sur leurs dimensions. Cette méthode d'exploration est une combinaison de l'auscultation et de la percussion ; elle consiste à provoquer dans l'organe à explorer des vibrations qu'un appareil récepteur transmet aux oreilles.

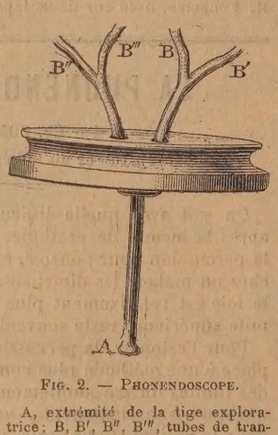

Fig. 2. — Phonendoscope.

A, extrémité de la tige exploratrice ; B, B', B'', B''', tubes de transmission se rendant aux oreilles.

Le Dr Bianchi a adopté pour ses recherches le stéthoscope qu'il a imaginé et auquel il a donné le nom de Phonendoscope. Cet appareil est simple, solide et peu volumineux, mais il serait possible de se servir d'autres modèles de stéthoscope, et l'on en trouvera sans doute de plus simples. Le Phonendoscope (fig. 1) est constitué par une petite capsule métallique et plate d'environ 6 centimètres de diamètre et de 2 centimètres d'épaisseur ; sa cavité est mise en communication avec les oreilles par des tubes en caoutchouc dont on peut multiplier le nombre, de façon à permettre à plusieurs personnes d'assister à la même recherche et de se contrôler mutuellement. La capsule est fermée par une mince lame d'ébonite M, au centre de laquelle est fixée une petite tige T dont l'extrémité se termine par un petit bouton. Le plus souvent, cette tige au lieu d'être montée directement sur cette membrane, est vissée sur une seconde plaque d'ébonite qui recouvre et protège la première.

Pour se servir de cet appareil (fig. 2) on commence par mettre dans les conduits auditifs les tubes de transmission BB', puis, tenant le Phonendoscope par la partie métallique, on applique le bouton A de la tige sur la peau de l'individu à examiner dans une région où l'on sait que l'organe cherché se trouve en contiguïté avec la paroi. En cas d'incertitude sur le point à choisir, on agit par exclusion en commençant par limiter les organes voisins qui masquent en partie celui qu'on veut étudier.

L'appareil étant en place et déprimant un peu la paroi, avec un doigt de la main libre et en appuyant légèrement, on frotte la peau tout autour de la tige comme si l'on voulait chasser loin de l'appareil un petit tas de poudre qui se trouverait formé près de lui. *Tant que le doigt qui frotte se trouve dans les limites de la projection de l'organe sur la paroi, on entend dans le Phonendoscope de fortes vibrations*, mais ces vibrations diminuent d'intensité d'une façon très nette, dès que l'on a dépassé les limites de l'organe exploré. On peut facilement marquer d'un trait l'endroit où les vibrations changent d'intensité, aussi en répétant ces frictions tout autour du stéthoscope, on circonscrit une région qui correspond à l'organe exploré, même dans ses parties recouvertes par les viscères.

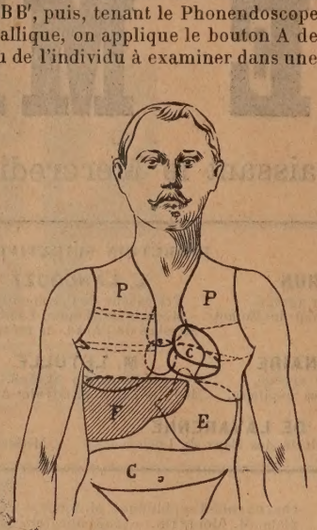

Fig. 3. — Reproduction de la photographie d'un homme sur la peau duquel le Dr Bianchi avait dessiné les viscères, grace a l'emploi du phonendoscope.

P, Poumons avec la position des scissures interlobaires ; C, cœur avec les limites des différentes cavités ; E, estomac ; F, foie ; C, côlon.

Toute solution de continuité dans un même organe ou même tout changement de consistance de ses parties fait varier l'intensité des vibrations. Aussi la Phonendoscopie permet non seulement de trouver les contours de chaque poumon, mais encore la position des scissures interlobaires et leur direction. On aura donc, pour le poumon droit, la projection des trois lobes superposés. Quant au poumon gauche, bien qu'il ne soit que bilobé, on trouve le lobe supérieur traversé par une ligne au niveau de laquelle disparaissent les vibrations. Cette ligne correspond à la suture des deux lobes supérieurs et prouve que ce poumon, comme M. Bianchi a pu le vérifier, par des coupes histologiques, est à l'origine trilobé comme l'autre, chez presque tous les sujets.

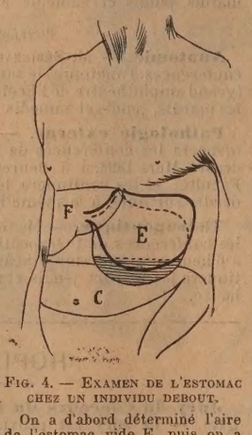

Fig. 4. — Examen de l'estomac chez un individu debout.

On a d'abord déterminé l'aire de l'estomac vide E, puis on a cherché quel changement de position l'ingestion d'un liquide lui avait fait subir ; F, foie ; C, côlon.

Pour la recherche des poumons, le bouton du Phonendoscope peut être appliqué soit sur une côte, soit dans un espace intercostal. Mais placé sur une côte, on aura, en plus des vibrations propres au poumon, les vibrations de la côte, mais ces dernières se reconnaissent à leur différence d'intensité et de timbre.

Entre les deux poumons, chez un sujet normal, une partie du cœur se trouve en relation directe avec la paroi, c'est en cette région que l'on doit appliquer la tige du Phonendoscope pour étudier cet organe. Mais selon le point choisi l'on aura soit la délimitation d'une seule de ses cavités, soit le contour total. Un point seul situé, ordinairement, dans le 4e espace intercostal, près du sternum, permet d'avoir avec une seule exploration le contou général. Ce point correspond au lieu de rencontr des cloisons auriculo-ventriculaires et interventr culaires; la délimitation d'une partie du cœur per met de le trouver, si sa position n'est pas connu d'avance.

Pour le foie, l'examen doit se faire en deux point car le ligament suspenseur arrête les vibrations ; faut donc, après avoir trouvé les limites du lobe droi déplacer le Phonendoscope et le porter à la gauch de ce ligament.

Quand on veut examiner l'estomac, il est préfé rable de faire tenir le patient debout et, dans cett position, l'exploration permet de délimiter deux ré gions distinctes : une supérieure ne renfermant qu des gaz et la seconde comprenant le contenu stoma cal. Le niveau des matières renfermées dans l'esto mac arrête les vibrations pour le stéthoscope plac sur l'une ou l'autre de ces régions (fig. 4).

Les autres viscères, la rate, les reins, la vessie, l côlon, peuvent être explorés de même (fig. 5). *U organe n'échappe à cet examen que quand il n'es pas par un de ses points en contact avec la paroi* car, dans ce cas, aucun point de cet organe ne peu être mis en relation directe à travers la peau avec l Phonendoscope. Le cas peut se présenter pour l cœur, chez les emphysémateux, quand les poumon envahissent toute la paroi antérieure du thorax e en écartent le cœur.

L'emploi de ce procédé d'exploration n'est pa limité à l'examen des viscères ou des épanchement dans les plèvres, le péricarde ou le péritoine; o peut encore se servir de cet appareil pour rechercher par exemple, une fracture. Le Phonendoscope, étan placé sur l'une des extrémités d'un os, percevra le vibrations provoquées par la friction de la peau dan la région où se trouve cet os, mais ces vibrations ne seront plus transmises, dès que l'on franchira le trait de fracture dont on pourra trouver ainsi l'emplacement et la direction.

Si, au contraire, il y a suture entre deux os, les vibrations se transmettront intégralement d'un os à l'autre et décéleront ainsi l'existence de l'adhérence.

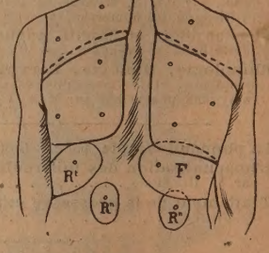

Fig. 5. — Sujet vu de dos, avec les dessins de M. Bianchi.

Les petits points figurés sur ces or ganes indiquent l'endroit où était placé le bouton (A) du phonendoscope ; R' rate ; F, foie ; Rn, reins.

Les déformations osseuses sont aussi reconnues par ce mode d'examen; l'on peut avoir la projection des os sur différents plans.

Enfin tout muscle peut être suivi et dessiné sur la peau, ainsi que toute tumeur ou collection liquide.

On voit, par ces quelques lignes, que la Phonendoscopie ouvre devant nous un très vaste champ de recherches, et qu'elle peut être en physiologie, en médecine et en chirurgie, un auxiliaire des plus précieux.

Telles sont, en résumé, les indications que peut donner le Phonendoscope à l'aide des vibrations provoquées dans les organes. Cet appareil peut encore servir pour l'étude des vibrations spontanées ; mais, dans ce cas, il joue simplement le rôle de tout sthétoscope amplificateur.

Si l'on veut conserver des traces de cet examen des organes, autrement que par de simples mensurations ou par des photographies de l'individu sur lequel on aura dessiné ses viscères avec un crayon dermographique ou de l'encre de Chine, on peut employer la méthode suivante dont se sert M. Bianchi dans ses recherches.

Avec des couleurs à l'huile, variées, on retrace les contours des organes, en adoptant pour chacun d'eux une couleur distincte, puis on applique avec soin sur toute la peau une large feuille de papier imbibée d'essence de térébenthine sur laquelle s'impriment les couleurs. On a ainsi le calque de son dessin que l'on pourra conserver comme document, et comparer à d'autres diagrammes analogues, pris à des périodes plus ou moins éloignées.

1. Note à la Société de Biologie, 22 février 1896.

L'HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX
EN AUTRICHE

Vienne, le 1er mars 1896.

Il y a bien longtemps que l'étude de la tuberculose sollicite la sagacité des médecins et des savants; et cependant tant d'efforts réunis n'ont encore pu aboutir à aucun résultat positif : nous avons beau être fixés sur sa nature, le remède spécifique de cette terrible maladie reste encore à découvrir!

La tuberculose est susceptible de guérir à toutes les phases de son évolution : c'est là un fait admis par tout le monde et sur la réalité duquel il serait oiseux de discourir. Il est de plus démontré aujourd'hui que le moyen le plus sûr de sauver un tuberculeux consiste à lui faire respirer un air pur, à lui donner une nourriture substantielle et de l'exercice avec modération.

Malgré l'effroyable éloquence des chiffres fournis par les statistiques, jusqu'à ces dernières années, on n'avait encore fait à Vienne aucun effort sérieux pour enrayer les progrès de ce fléau. *Morbus vieniensis*! On s'était accoutumé à considérer la tuberculose comme une calamité inévitable : personne n'osait songer à la possibilité de la guérir.

En 1883, M. le professeur von Schrötter eut le premier l'idée de fonder en Autriche un établissement à l'instar de celui que les Anglais ont créé dans l'île de Wight. Cet établissement devait avoir un double but : d'une part, mettre un terme à l'encombrement des hôpitaux par les tuberculeux; d'autre part, fournir aux pauvres et aux déshérités les moyens de vivre sous un climat salubre et de jouir d'un ordinaire supérieur à celui qui leur est offert dans les hôpitaux généraux.

En 1884, grâce à ses nombreuses démarches, M. Schrötter réussit enfin à constituer un comité composé de membres appartenant au Collège médical[1] de Vienne, et chargé de l'examen et de l'exécution de ce projet si digne d'intérêt à tous égards. Malheureusement, l'assemblée se borna à élaborer des statuts : aucune mesure décisive ne fut adoptée.

En 1892, nouvel appel de M. Schrötter[2] au Collège médical, dans le but d'arriver à une solution immédiate de cette question. Cette fois, tout le monde reconnut l'urgence d'une pareille détermination. Dans le courant de cette même année, M. Schrötter se décida à solliciter la charité publique, et grâce au concours pécuniaire d'un petit nombre de généreux donateurs, il parvint à jeter les bases d'une « Société » ayant pour but la création et l'entretien d'un sanatorium pour les tuberculeux.

Cet appel à la charité publique ne fut pas vain : bientôt les dons affluèrent de toutes parts, de sorte que, dès l'année 1894, on put songer à l'acquisition du terrain avec l'intention de commencer les travaux de construction dès le printemps prochain.

Le choix de l'emplacement fut des plus laborieux : après bien des recherches, la préférence fut accordée à un délicieux vallon situé à 16 kilomètres de la ville de Baden, près de Vienne, et non loin de la petite localité d'Alland, dans le Wienerwald. Cette charmante région est abritée du côté du nord, de l'est et de l'ouest par une chaîne de hautes montagnes; du côté du sud, elle s'ouvre dans une plaine de 150 arpents environ. Le point le plus bas de ce domaine se trouve à 400 mètres. le point le plus élevé à 680 mètres au-dessus du niveau de la mer. L'établissement est actuellement capable de loger 108 pensionnaires. Les plans en ont été tracés par M. le professeur L. Theyer (de Gratz); ils ont été conçus de telle sorte que dortoirs, réfectoires, cuisines, salons se trouvent complètement isolés les uns des autres.

Le bâtiment principal se compose de 3 étages. Le premier étage comprend une pièce large de 11 mètres dont les fenêtres s'ouvrent vers le sud ; de chaque côté de ce salon, se trouvent deux dortoirs destinés à loger chacun 8 malades, et subdivisés en deux dortoirs secondaires renfermant chacun quatre lits.

A ces deux dortoirs sont annexés, de chaque côté, des chambres d'infirmiers, des salles de bains et un grand hall dans lequel les malades pourront se réunir en cas de mauvais temps.

Il existe en outre, à chaque étage, une salle d'inhalation et une pièce pour l'hydrothérapie. Les appartements réservés aux médecins, ainsi que les salles d'opération, etc., se trouvent au premier étage et au troisième.

Toutes ces pièces sont chauffées au moyen d'un calorifère et éclairées à la lumière électrique.

Le réfectoire et les cuisines sont contigus au bâtiment principal. Le premier se compose d'une vaste salle, haute de plafond, dans laquelle plus de cent pensionnaires peuvent se réunir ensemble et se trouvent à l'aise pour prendre leur repas. Ce réfectoire communique avec le bâtiment principal par l'intermédiaire d'une galerie couverte.

Dans un pavillon isolé et éloigné du reste de l'établissement ont été installés la chambre de repos, ainsi que la salle d'autopsie et les laboratoires.

Quant au médecin en chef, il est logé dans une sorte de villa qui lui est exclusivement destinée et qui se trouve située près de l'entrée de la propriété.

Mais quel est le but poursuivi par les fondateurs? Quels bienfaits peut-on espérer d'une institution de ce genre? Puisqu'il s'agit d'une maison de santé et nullement d'une retraite pour des incurables, il est évident que seuls les malades susceptibles d'être améliorés doivent avoir le droit d'y être admis. Ces malades seront désignés parmi ceux des hôpitaux généraux qui paraîtront satisfaire aux conditions requises; les sujets agréés devront ensuite être soumis à une sorte de stage probatoire pendant trois semaines; en cas d'amélioration leur séjour sera prolongé de trois mois au maximum; dans le cas contraire, ils devront être renvoyés dans les hôpitaux ordinaires et considérés désormais comme incurables.

Une fois admis dans l'établissement, les pensionnaires sont soumis à des règles thérapeutiques spéciales, n'ayant rien de commun avec les traitements que l'on institue dans les hôpitaux généraux; de plus, il est essentiel que chaque malade suive docilement les prescriptions qui lui seront faites : la rapidité de la guérison sera en raison directe de la bonne volonté manifestée par le patient.

La vaste étendue de ce domaine permettra aux pensionnaires de se livrer à une foule de petits travaux dont l'exécution sera jugée compatible avec le séjour en plein air : jardinage, défrichement du parc, etc.

Quant à la durée qu'il conviendra d'accorder à ces exercices corporels et au séjour en plein air, c'est à l'expérience de se prononcer; nous en dirons autant de la température à laquelle les malades devront s'habituer. D'ailleurs, il sera probablement nécessaire d'instituer un traitement spécial pour chaque phase de la maladie : c'est à ce prix qu'on aura des chances, sinon d'atteindre pleinement le but, au moins de s'en rapprocher le plus près possible.

L'étendue de la propriété dont nous disposons est telle qu'il ne nous est guère facile, pour le moment, de déterminer d'une façon précise, le nombre des pensionnaires qui pourront être hospitalisés. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que si nos espérances viennent à se réaliser, il nous serait aisé, vu l'immensité de ce domaine, d'admettre cinq ou six fois plus de malades que nous n'en possédons actuellement.

Tout récemment, on a créé dans plusieurs grandes villes telles que Baden, Brück, etc., des établisements similaires dirigés par des membres de notre association qui travaillent activement à la prospérité de l'œuvre et s'évertuent à procurer aux pauvres tuberculeux les moyens de se soigner et l'espoir de guérir.

Il existe en France, en Angleterre et en Allemagne plusieurs sanatoria fondés dans le même but, mais accessibles aux riches seuls; nous ne possédons rien de semblable en Autriche, mais nous formons des vœux pour que notre sanatorium consacré aux seuls pauvres entre dans une voie de prospérité tous les jours grandissante.

Dr Heller,
Assistant du Professeur Schrötter.

1. Voyez les deux mémoires de M. Schrötter : « Traitement de la tuberculose pulmonaire ». — « La méthode de Koch ».
2. *Allgem, Wiener med. Zeitung*, XXXVII, année 1892.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRAUTÉRINE

Les intéressantes discussions de la Société de Chirurgie sur le traitement de la grossesse extrautérine se sont terminées par la réponse de M. Picqué que nous donnons in extenso, parce qu'elle résume complètement la question :

Pour faciliter l'étude de la grossesse extrautérine et de ses complications, je vous ai proposé une division que je croyais commode. J'ai la satisfaction de constater que vous l'avez tous acceptée.

M. Segond vous a recommandé lui-même une classification qu'il considère comme la meilleure et qui ne diffère pas sensiblement de la mienne, comme le lui a dit M. Bouilly.

Je suis d'autant plus heureux de m'être rencontré sur ce terrain avec mon excellent collègue, qu'il nous a dit avec la plus grande franchise n'avoir pas lu le texte de mon rapport, ce qui resssort du reste de son argumentation, très brillante d'ailleurs, et dans laquelle il me prête des opinions qui ne sont pas les miennes, et que je n'ai nullement écrites.

J'ai bien nettement spécifié qu'il fallait distinguer les grossesses avant et après cinq mois et j'ai précisément insisté sur cette division à laquelle M. Segond attache avec raison une grande importance et qu'il vous propose d'adopter.

Cette distinction est d'autant plus utile à mes yeux que c'est la première variété (grossesse avant cinq mois) que nous observons le plus souvent.

La deuxième est surtout observée par les accoucheurs, par ce fait qu'il existe un fœtus viable et elle ne leur échappe que s'il survient une rupture avant que le diagnostic de la grossesse soit posé; mais cet accident n'amène pas davantage le cas vers le chirurgien. Les malades vont alors en médecine y mourir le plus souvent.

La grossesse après cinq mois, va donc vers l'accoucheur ou vers le médecin, selon qu'il existe ou non des complications, rarement vers le chirurgien, puisque Bouilly en dix ans n'en a observé que 2 cas.

Et c'est cette circonstance particulière qui m'a engagé à insister sur cette division que M. Segond à son tour est venu vous proposer.

Si nous sommes absolument d'accord sur ce point, il me permettra toutefois de me séparer de lui au sujet d'une division qu'il a cru devoir affecter dans sa classification.

Je crois en effet qu'il est exagéré de faire intervenir, comme il vous le propose avec M. Tuffier, les cas où il existe de la suppuration.

Je pense qu'il ne faut pas ranger ces faits dans le cadre de la grossesse extrautérine à laquelle ils ne tiennent d'ailleurs que par leur genèse et en diffèrent absolument par leurs symptômes et le traitement qui leur convient.

Sans revenir, d'ailleurs, sur les raisons que j'ai invoquées dans mon rapport, je pense que si ce rattachement peut se justifier au point de vue théorique, il ne l'est plus dans la pratique, et j'estime, en résumé, qu'on ne saurait sans inconvénient les distraire du chapitre de la suppuration pelvienne.

L'histoire thérapeutique de cette complication, d'ailleurs rare, doit donc rester attachée à celle de la suppuration que notre collègue étudie avec tant de succès depuis plusieurs années.

Les seules complications qui doivent, selon moi, rester au chapitre de la grossesse extrautérine sont les hématocèles enkystées et les inondations péritonéales.

Avant de résumer les opinions que vous avez exprimées sur le traitement qui leur convient, je désire aborder la question du diagnostic.

Plusieurs de nos collègues ont jugé à propos d'élargir le débat en y faisant intervenir cette importante question du diagnostic de la grossesse extrautérine à ses différentes périodes et de ses complications.

Devant les opinions erronées qui m'ont été prêtées sur un sujet que je n'avais pas abordé, je désire également formuler un avis sur cette question si importante, et vous dire bien nettement ce que je pense du diagnostic de la grossesse extrautérine et de ses complications.

Tout d'abord se pose une question préjudicielle : le diagnostic est-il possible dans tous les cas qui s'offrent à l'observation?

M. Championnière a eu raison de rappeler les difficultés du diagnostic de la grossesse extrautérine vraie, c'est-à-dire après cinq mois, et d'insister sur les erreurs nombreuses que commettent chaque jour chirurgiens et accoucheurs.

Il n'y a pas d'exagération à dire avec lui que la question reste le plus souvent insoluble.

Pour la grossesse avant cinq mois et les complications auxquelles elle peut donner lieu, quel que soit son âge, il n'en va pas de même, heureusement.

La plupart de ceux qui ont proclamé hautement qu'il fallait tenter le diagnostic différentiel nous ont apporté des éléments précieux dont nous devons tenir grand compte à l'avenir.

Pour la grossesse avant cinq mois, évoluant sans complication, le diagnostic était possible, comme l'ont prouvé MM. Potherat, Bouilly, Routier et Schwartz.

Pour la grossesse extrautérine avec complications, il faut envisager séparément les deux cas qui se rencontrent dans la pratique et que j'avais soigneusement distingués.

Parmi celles-ci, l'hématocèle circonscrite, consécutive à la rupture avant cinq mois, a donné lieu à une controverse importante. C'est ici que je tiens à rectifier une assertion que M. Segond m'a prêtée, en disant que j'ai cherché à établir une distinction entre l'hématocèle puerpérale et celle qui ne l'est pas, ajoutant que si cette distinction est intéressante au point de vue théorique, elle est parfaitement inutile au point de vue pratique.

Or, je n'ai jamais parlé de cette distinction, pour la raison bien simple que je n'admets d'autre hématocèle que celle qui est liée à la grossesse extrautérine.

Je tiens encore, avant d'aller plus loin, à m'expliquer sur un point qui a été relevé par M. Segond, à propos de Gallard et de sa théorie sur la pathogénie de l'hématocèle.

Je me garderai certes d'enlever à Gallard l'honneur d'avoir établi, le premier, la relation qui existe entre la puerpéralité et l'hématocèle : c'est une notion historique devenue banale aujourd'hui. Ce serait une erreur grossière et un déni de justice que de le lui contester, et M. Segond a bien fait d'élever la voix pour défendre son maître, s'il a pu supposer qu'on avait oublié ses travaux. En écrivant « l'anatomie pathologique confirmant une division qu'on a peut-être abusivement attribué à Gallard », j'ai simplement voulu dire que si Gallard avait établi l'existence de la grossesse extrautérine, il n'en avait pas établi le vrai mode pathogénique, que la nature de la grossesse tubaire admise aujourd'hui lui était inconnue.

Relativement au diagnostic de l'hématocèle circonscrite, dans une première communication, M. Reynier avait déclaré ce diagnostic impossible et fait, de cette impossibilité, une des raisons de sa préférence pour la laparotomie.

Nous avons vu M. Routier s'étonner de cette déclara-

tion : c'était là une tendance bien grave que de vouloir subordonner le diagnostic aux résultats de l'examen direct et je me disposais à m'élever hautement contre une opinion dont j'avais peut-être exagéré la portée, quand notre collègue, mieux éclairé sans doute par la discussion qui a suivi, est remonté à la tribune pour faire des concessions et atténuer quelque peu ses premières conclusions.

Mais cette fois il a placé la question sur un terrain où nous ne pouvons être d'accord et je lui demande bien pardon d'être encore en contradiction avec lui sur ce point.

Après avoir reconnu dans cette deuxième communication que le diagnostic est parfois possible, il affirme qu'il devient impossible à établir contre les hématocèles habitées et celles qui ne le sont pas.

Pour ma part, je ne me préoccupe jamais de cette distinction et, pour reprendre une des meilleures parties de l'argumentation de M. Segond, je dirai avec lui que je m'intéresse beaucoup moins à l'exactitude du diagnostic nosographique qu'à celle du diagnostic opératoire.

C'est par le vagin que j'interviens quand je me trouve en présence d'une poche qui fait saillie de ce côté, et ma seule préoccupation est bien plutôt de savoir si j'ai affaire à du sang ou à du pus que de savoir, dans le premier cas, s'il existe un fœtus au milieu des caillots.

On arrive le plus souvent, je m'empresse de le dire, à faire le diagnostic différentiel entre l'hématocèle et les suppurations et c'est le seul, à mon sens, que l'on doit essayer, sans être sûr d'y arriver toujours.

J'arrive à la deuxième complication de la grossesse extrautérine, l'inondation péritonéale. Cette complication survient le plus souvent dans les grossesses extrautérines qui ont franchi le cinquième mois de leur évolution; mais, comme l'a très bien fait remarquer M. Pozzi, elles peuvent fort bien se présenter dès le début de la grossesse et je viens ces jours-ci de confirmer l'exactitude de cette assertion chez une malade que j'ai opérée il y a une huitaine de jours.

Ici le diagnostic est entouré des plus grosses difficultés. Sur 3 cas, Tuffier nous dit n'avoir fait qu'une fois le diagnostic ; dans mon dernier cas, je ne l'ai pas fait davantage ; c'est plus que jamais l'occasion de répéter avec M. Segond qu'il ne faut pas perdre son temps au diagnostic d'étiquette et qu'il faut saisir rapidement l'indication opératoire.

Mais je revendique hautement, pour ma part, cette manière d'agir que notre collègue défendait avec tant de chaleur qu'on aurait pu la croire sienne. J'ai toujours agi de la sorte et je crois que tout chirurgien doit faire de même.

Jamais la laparotomie exploratrice qu'on doit chercher à restreindre le plus possible, et dont l'abus de nos jours est si déplorable, n'est plus indiquée que dans ces cas. Attendre, dans les conditions pressantes où l'on voit les malades, serait les exposer à une catastrophe irréparable. Il faut agir et agir vite. J'ai pu, de la sorte, sauver deux malades dont les observations ont été publiées dans la thèse de Regnault en 1890. J'ai tenu la même conduite il y a huit jours chez une jeune femme qui fut prise en bonne santé de phénomènes aigus du côté du péritoine. Bien qu'instruit par le souvenir de mes deux malades, je ne pus établir le diagnostic. La gravité des accidents péritonéaux, caractérisés surtout par le ballonnement, la douleur et la fièvre, m'enlevèrent tout désir d'épiloguer longuement, sur le côté théorique du cas. Je fis transporter d'urgence la malade dans une maison de santé, où, moins de deux heures après, je pratiquai la laparotomie. L'hémorrhagie était formidable. Je ne trouvai pas de fœtus ; la grossesse était tout au début. La malade est aujourd'hui guérie.

En résumé, ce diagnostic est ordinairement très difficile ; il se rattache aux cas dont parlait très justement M. Championnière et qui lui faisait dire que la solution en était le plus souvent impossible en dehors de la laparotomie.

Relativement au traitement, je suivrai naturellement la division précédente. Quand la grossesse n'a pas dépassé cinq mois, il faut la traiter comme une tumeur maligne ; nous sommes d'accord sur ce point, sauf M. Chaput. Après cinq mois, il a paru sage à tous de se comporter comme précédemment. M. Routier y a insisté dans sa communication. Les accoucheurs les plus éminents semblent suivre les chirurgiens dans cette voie.

Il est bien nettement établi désormais, aussi bien pour les accoucheurs que pour les chirurgiens, que la grossesse extrautérine devra, à toutes les périodes de son évolution et dès que le diagnostic sera établi, être opérée, et c'est la conclusion que je vous avais présentée. J'ajoute avec tous, qu'elle devra être opérée par la laparotomie.

Pour le traitement des complications, l'accord est également parfait en ce qui concerne l'inondation péritonéale ou l'hématocèle non enkystée, si l'on conserve l'ancienne dénomination. C'est bien la laparotomie qu'il faut pratiquer.

Dans ces cas, la nécessité d'enlever le placenta est inéluctable quand il s'agit d'une grossesse après cinq mois. Dans un cas de M. Pinard, l'autopsie a révélé un détail qui m'avait échappé, à savoir une adhérence intime du placenta à l'intestin, adhérence qui avait rendu son extirpation impossible, si on avait voulu la tenter. Cette disposition rendait par conséquent la mort de la malade inévitable en dehors de tout mode d'intervention. Mais la règle thérapeutique n'en reste pas moins tout entière, car c'est la seule rationnelle.

Le point le plus controversé concerne la conduite à tenir en cas d'hématocèle enkystée.

Je dois tout d'abord faire remarquer que la majorité de nos collègues s'est prononcée pour l'incision vaginale.

M. Chaput est venu apporter, à cette tribune, des arguments peut-être un peu théoriques contre cette opération à laquelle il préfère la laparotomie. M. Reynier, surtout, est venu par deux fois, invoquer contre elle trois insuccès personnels et insister sur la crainte d'hémorrhagies et d'infections secondaires parfois mortelles. Sachant que rien n'est absolu, pas plus sur le terrain de la thérapeutique qu'ailleurs, je me contenterai de lui répondre par la longue suite de succès enregistrés par nos collègues, et j'opposerai, à l'opération qu'il préconise, la bénignité de la colpotomie.

M. Terrier est venu apporter dans ce débat une note très importante. Tout en reconnaissant l'excellence des résultats obtenus par l'incision vaginale, il nous a déclaré se rallier à la laparotomie pour les raisons d'ordre général qui, dans sa pratique, l'ont conduit à donner aux opérations pratiquées par la voie abdominale, la préférence sur les opérations faites par le vagin. Il nous a fait encore observer que la laparotomie permettra de pratiquer l'ablation des annexes ordinairement malades dans la grossesse extrautérine et qu'elle mettait de plus les malades dans de meilleures conditions au point de vue d'une conception ultérieure.

Pour résumer en deux mots cette question de thérapeutique chirurgicale, je dirai, que tous vous avez accepté la laparotomie dans les cas de grossesse extrautérine normale ou compliquée, sauf dans les cas d'hématocèle enkystée où même MM. Terrier, Reynier et Chaput réclament « l'égalité de traitement ».

Si j'ai tenu à résumer de la sorte votre opinion sur le traitement de la grossesse extrautérine, c'est pour montrer une fois de plus, que l'hystérectomie n'y tient aucune place. J'ai dit dans une autre partie de cet exposé qu'elle ne saurait y rentrer par la porte détournée des suppurations pelviennes auxquelles elle aboutit parfois. Quand aux grossesses tubo-interstitielles, j'ai dit dans mon rapport, que l'hystérectomie pouvait à la rigueur motiver une application.

Mais il s'agit plutôt là d'une question de technique opératoire applicable à une disposition toute spéciale, et qui ne peut être révélée qu'au cours de la laparotomie qui doit être normalement pratiquée dans ces cas. Si l'hémostase paraît impossible, il faut évidemment recourir à l'ablation de l'utérus.

L. Picqué,
Chirurgien des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

4 Mars 1896.

Cystostomie sus-pubienne. — M. Picqué. M. Rollet (de Lyon), nous a envoyé trois observations de cystostomie sus-pubienne dont les détails nous intéressent au point de vue opératoire. Chez le premier opéré, la cavité péritonéale a été franchement ouverte au cours de l'intervention par suite d'adhérences du péritoine au pubis ; l'opération a été néanmoins menée à bonne fin. Toutefois le malade est mort de bronchopneumonie. Le deuxième cas a trait à un calculeux infecté depuis 1893 ; la cystostomie a permis d'extraire un calcul du poids de 75 grammes, composé d'urates au centre et de dépôts phosphatiques à la périphérie. La guérison est survenue. Le troisième malade est un homme de trente-sept ans, atteint de rétention aiguë ; il existait un rétrécissement infranchissable, et une fausse route avait été pratiquée au cours de tentatives de cathétérisme. La taille sus-pubienne fut exécutée ; il sortit un litre d'urine fétide. Quelques jours après, le canal fut restauré et le malade guérit.

M. Rollet insiste sur ce point que dans ces deux derniers cas, comme dans le premier, il existait une adhérence du péritoine à la symphyse, si bien que l'ouverture du péritoine dut être faite. Cette adhérence est en réalité bien rare, puisque c'est à peine si l'on peut citer quelques faits relatés par Pitha, Bromfield, Lotzbeck, Polaillon, Sonnenburg et Israel. Paul Delbet a fait le relevé de tous les cas publiés du 1er Janvier 1890 au 1er Janvier 1895, et n'a trouvé qu'une seule observation de ce genre, publiée par Parcelli. On peut aussi se demander s'il ne s'agit pas d'une disposition anormale, le péritoine pouvant descendre très bas, tout près du pubis; sans qu'il y ait cependant d'adhérence, comme l'a montré Testut. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que cette disposition expose à la blessure du péritoine.

M. Rollet, se basant sur ses observations, rejette la ponction comme dangereuse. Je crois qu'on ne doit pas confondre la taille et la ponction, chacune de ces opérations ayant ses indications spéciales. Dans les asiles d'aliénés, j'ai pu, depuis de longues années, avec M. Pozzi, avoir recours à la ponction, sans observer jamais un seul accident. Même s'il y a de l'infection vésicale, et bien que je reconnaisse qu'il vaut mieux aujourd'hui pratique dans ces cas la taille, je crois que la ponction n'offr pas tous les dangers qu'on lui prête; autrefois je l'ai fai un certain nombre de fois sans inconvénient. La seu remarque que je veux faire, c'est que je ne me su jamais servi d'un gros trocart. En résumé si la ponctio doit céder le pas à la taille, il faut reconnaître cependan qu'elle peut être excellente.

Relativement à la technique de la cystostomie, M. Roll insiste sur l'inutilité du ballon de Pétersen; pour mo je regarde ce dernier comme un adjuvant, utile bie qu'on puisse évidemment s'en passer, ainsi que j'ai e l'occasion de le faire récemment.

Enfin M. Rollet préconise la fixation de la vessie à peau au moyen de fils métalliques.

M. Bazy. De l'intéressant rapport de M. Picqué, je r retiendrai que ce qui a trait aux adhérences du péritoi à la symphyse. Il ne faut pas confondre les adhéren proprement dites avec la descente du péritoine, ain d'ailleurs que l'a fait remarquer M. Picqué. Je croi pour ma part, que les adhérences sont bien rares, tant est qu'elles existent. Si on va tout d'abord, au r de la symphyse, on peut relever le péritoine dans to les cas.

M. Poirier. Je n'ai trouvé que deux fois l'adhérence cul-de-sac au pubis; je dois dire qu'il s'agissait da les deux cas, de cadavres d'individus atteints d'inflamm tion chronique manifeste des voies urinaires. En out l'adhérence était faible.

Kyste hydatique du foie. — M. Picqué. M. Roll nous a envoyé encore une observation de kyste hyd tique du foie développé chez un enfant de treize an contenant de 5 à 6 litres de liquide et qu'il traita p l'incision simple ; la guérison survint. Ce cas était int ressant, au point de vue, clinique pour les deux partic larités suivantes. La première, c'est qu'il existait frémissement hydatique malgré l'absence de vésicule on sait en effet que ce frémissement a été attribué à to au choc des vésicules entre elles; en outre, on ne po vait dans ce cas non plus invoquer la croissance de poche, puisque celle-ci mesurait 5 millimètres d'épa seur. Le deuxième point intéressant est qu'on constata à l'auscultation, l'existence d'un véritable bruit music analogue à celui que produit une grosse corde à viol vibrant près de la joue.

Relativement au succès obtenu, je ferai remarquer q ce kyste rentre dans la catégorie de ceux qui guérisse après une simple ponction, comme je l'ai vu ch Duguet. Pour ma part, je crois, néanmoins, que l' cision est préférable à la ponction. Deux fois j'ai recours à celle-ci ; chez mon premier malade, la rétr tion de la poche s'est faite lentement et la guérison définitive ; chez le second, j'ai dû pratiquer second rement la laparotomie et j'ai trouvé plusieurs kyst

Luxation du nerf cubital. — M. Schwartz. luxation du nerf cubital est d'autant moins connue q l'attention a été moins appelée sur elle, les auteurs la signalant pas. Récemment, j'ai eu l'occasion d' observer un exemple remarquable dont voici le résum Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui eut coude pris, le bras étant fléchi à angle droit sur l'ava bras, dans les mors d'un étau mécanique. Les mo agrippèrent la peau et les parties molles si violemme que la peau de la face antérieure du coude, tendue l'extrême, céda et se déchira longitudinalement. L'ét ayant pu être arrêté dans son mouvement, les lésio ne furent pas plus accentuées. Sur le moment, le bles ne ressentit aucune douleur, mais quelques instan après, il constata de la lourdeur et de la pesanteur membre. La plaie fut pansée et la guérison se fit bout d'un mois. Il n'y eut pas de paralysie.

Il persista quelques douleurs lancinantes, en partie lier au niveau de l'annulaire et du petit doigt. Le malad qui était forgeron, ne pouvait frapper sur l'enclume, ca au moment de la flexion brusque de l'avant-bras sur bras qui nécessite ce mouvement, il ressentait comm une brusque sensation électrique, à travers tout le bra s'irradiant sur les deux derniers doigts de la main; même temps, le malade avait comme la sensation d'u corde qui se déplaçait dans la région de l'épitrochl Pratiqué deux mois plus tard, l'examen permettait constater que la gouttière rétro-épitrochléenne était vi et qu'il existait, en avant de l'épitrochlée et en deh d'elle, un cordon gros comme un crayon, s'amincissa en haut et en bas, très douloureux et se déplaçant lat ralement.

En étendant le bras, on pouvait réduire le cordon, q n'était autre que le nerf cubital, dans la gouttière rét épitrochléenne, mais la réduction ne se maintenait pa Il existait très peu d'atrophie ; pas de zone d'anesthé ni d'hyperesthésie ; pas de troubles trophiques.

J'intervins et trouvai le nerf altéré, atteint de névri La gouttière rétroépitrochléenne était vide, et les tiss fibreux qui la complètent, de façon à en faire un can n'existaient plus. Je disséquai alors un lambeau apon vrotique aux dépens de l'aponévrose épitrochléenne, ayant réduit le nerf, je le suturai par-dessus celui-ci, l'aponévrose du triceps, au niveau de son insertion o cranienne. La plaie fut réunie et le bras immobilisé d rant dix jours.

Le résultat obtenu est bon : le nerf est resté en pla les phénomènes douloureux ont diminué dans une pr portion notable, mais n'ont pas encore disparu,

qu'expliquent les lésions de névrite que présentaient le nerf. Les mouvements sont possibles, mais le malade ne peut manier les objets un peu lourds, ni fléchir complètement les deux derniers doigts de la main.

A l'occasion de ce fait, j'ai recherché les cas analogues. Le premier est celui de Blachmann, de Zurich, en 1851, qui est exactement semblable au mien. J'en ai recueilli 9 autres un peu différents.

Relativement au mécanisme, je rappellerai les travaux de Zuckerkandl qui donne, comme causes prédisposantes, les atrophies de l'épitrochlée et le développement du triceps, et, en particulier, de son chef interne qui, en se contractant, tendrait à déplacer le nerf. Enfin, dans un cas, existait une malformation du coude : à l'état normal, l'avant-bras, étendu sur le bras, forme avec lui un angle obtus, ouvert en dehors, qui disparaît dans la flexion; chez le malade de Zuckerkandl existait une disposition inverse, rappelant le genu varum, et prédisposant ainsi au déplacement du nerf.

Dans un certain nombre de cas existaient des altérations du nerf, et dans d'autres, non : l'altération du nerf est importante à constater, car elle modifie le pronostic, et on comprend, en effet, que la réduction du nerf ne puisse faire disparaître des lésions de névrite traumatique.

Quant au traitement, il est variable. Au début, on peut essayer de réduire et de maintenir la réduction par l'immobilisation. M. Plicque a pu réussir ainsi dans un cas. Mais le succès n'est pas toujours obtenu et chez deux malades, dont un de Poncet, la réduction ne se maintenait pas au bout d'un mois. Dans mon cas, j'ai eu recours à l'intervention d'emblée, parce que la luxation remontait à deux mois.

M. Quénu. M. Schwartz a eu raison d'attirer l'attention sur la névrite dont était atteint le nerf cubital de son malade, car c'est là le facteur important. Il existe en effet des luxations du nerf cubital en quelque sorte congénitales et pour lesquelles aucune intervention ne me semble indiquée : un de mes internes présente ainsi une luxation double du nerf cubital pour laquelle il ne désire aucune opération. Au contraire, si le nerf est malade, je ne suis pas opposé à l'intervention.

M. Delorme. Je crois les luxations du nerf cubital relativement fréquentes et d'une gravité légère et j'en ai observé assez souvent dans les luxations du coude.

M. Poirier. Je n'ai vu qu'un cas de luxation du nerf cubital et cette luxation était congénitale.

Relativement au mécanisme, M. Schwartz invoque l'atrophie de l'épitrochlée d'une part et le développement du triceps de l'autre. Je crois qu'il faut incriminer non l'atrophie, mais la forme de l'épitrochlée sur laquelle tantôt il y a une gouttière pour recevoir le nerf cubital, et tantôt un simple plan incliné sur lequel glisse le nerf. De plus le nerf est maintenu en place par des trousseaux fibreux qui peuvent être faibles et se laisser déchirer facilement, ce qui explique encore la luxation. Quant au rôle du muscle, je le crois secondaire : si le triceps jouait un rôle, ce ne serait que pendant sa contraction, c'est-à-dire dans l'extension de l'avant-bras : or c'est juste dans la flexion que la luxation se produit.

M. Th. Anger. Ayant eu une luxation du coude, il m'en est resté une subluxation du nerf cubital. Je ne puis ni fléchir ni étendre complètement l'avant-bras, car si je cherche à obtenir une flexion complète, j'éprouve aussitôt des douleurs avec des fourmillements dans les doigts. Enfin il m'est survenu un peu d'atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar. Quant à mon nerf, il est déplacé et je le sens près de la pointe de l'épitrochlée.

Myomectomies. — **M. Témoin** (de Bourges) relate 30 cas de fibromes utérins qu'il a extirpés en laissant la totalité ou la presque totalité de l'utérus. Une seule malade a succombé au bout de trente heures; toutes les autres ont guéri. Plusieurs fois il s'agissait de femmes jeunes qui ont pu continuer à être réglées, grâce à cette opération conservatrice. 4 fois il s'agissait de fibromes pédiculés, 21 fois de fibromes pesant de 3 à 18 kilogr.

Présentations de malades. — **M. Schwartz** présente un malade auquel il a réduit avec **M. Hennequin** une **luxation de l'épaule datant de deux mois et demi**. Le résultat éloigné est bon et, si les mouvements sont dus en majorité à un déplacement total de l'épaule, il faut reconnaître cependant que les mouvements de l'articulation ne sont pas complètement abolis.

M. Berger présente un malade âgé de cinquante ans, auquel il pratiqua, pour une **luxation irréductible de l'épaule compliquée de fracture** siégeant un peu au-dessous du col chirurgical, une **arthrotomie** quinze jours après le traumatisme. Le résultat fonctionnel est assez bon, mais les mouvements sont obtenus par suppléance; les mouvements de l'épaule même sont restreints.

Présentation de pièces. — **M. Reynier** présente un **appendice** qu'il a enlevé dans les conditions suivantes : après avoir ouvert un foyer appendiculaire, il a vu les douleurs et une fistule persister; il a réopéré le malade et, cette fois, enlevé l'appendice. L'organe n'est nulle part perforé et contient deux boulettes fécales. M. Reynier pense que ce cas vient à l'appui de la théorie de l'appendicite par cavité close défendue par MM. Talamon et Dieulafoy. L'inflammation de voisinage s'était faite, non par perforation de l'appendice, mais par suite de l'infiltration microbienne à travers les parois.

M. Quénu rappelle que le fait de l'inflammation périappendiculaire par simple lymphangite de voisinage est connu depuis longtemps et qu'il a présenté, il a plusieurs années, à la Société de chirurgie, une observation très nette d'appendice atteint de lésions simplement microscopiques. Les lésions périappendiculaires peuvent survenir à la suite de simples lésions de la muqueuse, sans perforation de l'organe et sans oblitération de la lumière de ce dernier, par conséquent sans l'existence de la cavité close dont parlent MM. Talamon et Dieulafoy.

M. Brun pense que l'observation communiquée par M. Reynier ne paraît pas absolument suffisante pour confirmer les opinions de MM. Talamon et Dieulafoy sur le rôle des boulettes fécales dans la pathogénie de l'appendicite, Pour ne parler que des opérations qu'il a pratiquées en dehors des crises aiguës, il a eu onze fois l'occasion d'intervenir et, sur les onze appendices qu'il a eus entre les mains, trois seulement renfermaient des boulettes fécales. Dans les huit autres cas, les lésions intéressaient à des degrés divers les parois de l'appendice, mais surtout la muqueuse, et il n'y avait dans leur intestin aucune trace de corps étranger. F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pneumothorax simple chez une grande emphysémateuse. Guérison en six semaines. — MM. L. Galliard et Barbe. Nous ne connaissons que 12 cas publiés de pneumothorax chez les grands emphysémateux; 8 décès et 4 guérisons. Un des malades est désigné comme sujet âgé (S. Wilks); parmi les 11 autres, aucun n'avait plus de soixante et un ans. Notre malade est une femme de soixante-treize ans, soignée à l'âge de quarante-huit ans pour une bronchite aiguë, toussant continuellement depuis douze années, atteinte de suffocation, sans violent point de côté, le 19 Juin 1895. Nous l'examinons le 30 Juin : orthopnée, cyanose de la face et des extrémités; pouls rapide, douleur peu intense à gauche; de ce côté, signes de pneumothorax total, sans liquide; tympanisme, respiration amphorique, bruit d'airain, pas de bruit de succussion, déplacement du cœur avec retentissement métallique des bruits cardiaques.

Pas de thoracentèse, inhalations d'éther, morphine.

A partir du 15 Juillet, la malade peut rester couchée; les signes du pneumothorax s'atténuent. Le 3 Août, disparition complète de ces signes. Jusqu'à la fin d'Août, nous avons tenu la malade en observation : emphysème, bronchite chronique, pas de tuberculose pulmonaire.

La malade a pu reprendre ses occupations.

Statistique du pneumothorax dans les hôpitaux de France. — M. Galliard. Sur 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire, combien comptent-on de pneumothorax? Pour répondre à cette question, Brack a compulsé les registres de trois hôpitaux de Vienne pendant vingt-quatre ans; il a trouvé 433 malades atteints de pneumothorax sur 58.741 phthisiques; proportion 0.737 pour 100. J'ai voulu me mettre à l'abri des erreurs que peuvent faire naître les fréquentes migrations de tuberculeux dans les divers hôpitaux du même pays; j'ai adressé à 348 médecins de Paris et des principales villes de France une circulaire, les invitant à m'indiquer : 1° le nombre des malades atteints de tuberculose pulmonaire hospitalisés dans les services dont ils avaient la direction, le 22 Janvier 1896, à dix heures du matin; 2° le nombre des malades atteints de pneumothorax simple, d'hydro ou de pyopneumothorax. J'ai reçu 283 réponses; j'adresse mes remerciements très sincères aux médecins qui en sont les auteurs.

Voici les chiffres : 3.415 phthisiques hospitalisés (2.253 hommes, 1.162 femmes). 35 pneumothorax unilatéraux (19 pneumothorax simples, 9 hydropneumothorax, 4 pyopneumothorax après vomique, 3 pyopneumothorax sans vomique); 1 pneumothorax bilatéral. Proportion 1.054 pour 100.

Si j'envisage séparément les deux sexes, je trouve dans le sexe masculin, une proportion de 1.41 pour 100; dans l'autre 0.946 pour 100. Le sexe féminin n'a fourni qu'un seul hydropneumothorax et un seul pyopneumothorax. 9 pneumothorax sans liquide. Chez les jeunes enfants, le pneumothorax est fort rare. Sur 283 garçons (enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans) un seul cas, soit 0.353 pour 100. Sur 192 militaires et marins, deux cas, soit 1.043 pour 100.

Pathogénie des collatérales de la moelle épinière (note présentée par M. G. Ballet). — **M. G. Marinesco**. La découverte des collatérales que nous devons aux travaux de Golgi, Ramon y Cajal n'a pas seulement eu un retentissement considérable dans le domaine de l'histologie; elle est appelée à jouer un grand rôle dans la pathologie nerveuse. Ramon y Cajal divise les collatérales des racines postérieures, les seules, dont nous nous occuperons aujourd'hui, en 5 groupes : 1° collatérales réflexes, qui traversent la corne postérieure, et vont se mettre en rapport de contiguïté avec les cellules motrices de la corne antérieure; 2° collatérales du centre de la corne postérieure formant un plexus enchevêtré au centre même de cette corne; 3° collatérales de la substance grise centrale et interne, qui vont aboutir au pourtour des cellules de la colonne de Clarke; 4° collatérales profondes de la substance de Rolando; 5° collatérales superficielles de cette même substance.

Nous négligeons à dessein ces deux dernières espèces de collatérales, puisqu'elles sont invisibles par la méthode de Weigst. Ces données anatomiques étant établies, passons à l'application que l'on peut en faire à la pathologie des cordons postérieurs.

Il est bien évident que toute lésion des racines postérieures retentit sur l'intégrité des collatérales. Prenons par exemple *le tabes*. On constate dans cette maladie, outre la dégénérescence des racines et des cordons postérieurs, la diminution ou bien la disposition des collatérales réflexes (diminution ou abolition des réflexes tendineux), l'atrophie des collatérales des colonnes de Clarke (signe de Romberg?) et dans un stade un peu plus avancé, celle des collatérales du centre de la corne postérieure (troubles objectifs de sensibilité). Mais le problème se pose de savoir si le processus tabétique commence par les collatérales ou par les racines postérieures. Le fait que les collatérales sont prises dans un certain ordre chronologique, ce qui est en rapport avec l'évolution de la maladie, constitue une preuve en plus de la première hypothèse. Ce problème se pose également quand la lésion initiale siège dans le ganglion spinal, car, comme on le sait, c'est la partie terminale du neurone, dans l'espèce les collatérales, qui est la partie la plus vulnérable.

Il est fort probable que les collatérales sont affectées en première ligne.

Si cependant un doute pouvait subsister au sujet de la précocité des lésions des collatérales dans le tabes, il est impossible pour la *maladie de Friedreich*, où l'affection débute au niveau des collatérales.

En effet, dans cette maladie, comme nous l'avons constaté, ce sont les collatérales réflexes et celles qui s'en vont aux colonnes de Clarke, qui sont complètement disparues, tandis que les collatérales du centre de la corne postérieure et les racines postérieures, sont intactes ou à peu près intactes, tout au moins dans les régions où la maladie est à son début, ce qui est le cas pour la région cervicale.

Il y a à, ce point de vue, un accord parfait entre la symptomatologie et les lésions de cette maladie.

Dans sa marche progressive, le processus destructif qui caractérise la syringomyélie, attaque successivement toutes les collatérales de la corne postérieure. Comme les collatérales de la base et du centre de la corne postérieure sont les premières en date qui sont affectées, il en résulte le symptôme connu sous le nom de dissociation syringomyélitique.

En effet, la douleur est un phénomène d'addition, de renforcement, c'est la sensation tactile qui est renforcée par son passage à travers les neurones situés à la base de la corne postérieure. Or, quand le contact utile entre ces neurones et les collatérales qui lui apportent l'impression tactile, est interrompu, par suite de la destruction de ces organes, les impressions périphériques conduites par la voie des cordons postérieurs, sont perçues sous forme de sensations tactiles.

Des érythèmes au cours d'infection monomicrobienne, non traitée par sérothérapie. — M. Chantemesse. La question des érythèmes survenant après les injections de sérums thérapeutiques est à l'ordre du jour. Aussi est-il intéressant de chercher si ces érythèmes ne se produisent pas en dehors de tout traitement sérothérapique. Une infection monomicrobienne, l'érysipèle, fournit à cet égard des exemples qui valent des expériences physiologiques.

J'ai donc recherché les cas d'érythèmes survenant dans cette affection, et voici mes résultats : sur 579 malades, j'ai observé 28 fois des érythèmes. Il faut d'abord faire une distinction : l'érysipèle de la face donne plus rarement lieu à des éruptions que l'érysipèle des membres; c'est ainsi que sur 555 cas d'érysipèle de la face, je n'ai observé que 22 érythèmes, et 6 fois sur 24 cas d'érysipèle des membres.

Ces érythèmes sont essentiellement variables dans leur aspect, dans leur évolution, dans leur durée ; on peut observer toutes les formes, depuis l'érythème simple jusqu'aux érythèmes d'apparence purpurique; ces derniers sont très graves, ils s'accompagnent de phénomènes ataxo-adynamiques et d'hémorrhagies multiples (sur 6 malades que j'ai observés, présentant cette variété, 3 sont morts).

Il résulte donc de cette statistique que, dans une affection tout à fait simple, monomicrobienne, des érythèmes se montrent fréquemment, quelquefois même ils s'accompagnent de phénomènes graves, et cela en absence de tout traitement sérothérapique.

(*A suivre.*) E. de Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

6 Mars 1896.

Anévrysme aortique. Rupture. — M. Sicard rapporte l'observation d'un individu de cinquante-trois ans, présentant en clinique des symptômes de dyspnée avec râles de bronchite généralisée. La matité cardiaque débordait à droite du sternum et l'on entendait à la pointe un bruit de galop. Le diagnostic porté était d'asystolie d'origine pulmonaire. Le malade fût pris à un moment d'une syncope qui détermina la mort. A l'autopsie, on trouva un péricarde rempli par un caillot sanguin du poids de 750 grammes. La première

portion de la crosse aortique présentait une grosse poche anévrysmale; la rupture s'était faite à ce niveau et mesurait 7 centimètres de longueur. Le reste de l'aorte était très athéromateuse.

Lymphadénome du médiastin. — **M. Auclair** communique l'observation d'un individu de trente-cinq ans entré dans le service de M. Straus le 26 Février. Depuis cinq jours seulement il est malade : œdème du cou, dyspnée, gêne de la déglutition, etc. A son entrée, on constate les mêmes symptômes; de plus le pouls est régulier, les bruits du cœur normaux, la voix est éraillée. Pas de voussure du thorax, pas de matité anormale. On pense à une tumeur du médiastin. Le 29 Février, le malade est pris brusquement d'une toux violente qui l'emporte. A l'autopsie, on trouve une énorme masse, englobant le cœur, les vaisseaux de la base, la trachée, les bronches et l'œsophage. Au niveau des reins, on voit quelques noyaux métastatiques. Au point de vue microscopique, il s'agissait d'un lymphadénome caractéristique.

Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu. — **M. Mermet** présente un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, développé chez une femme de vingt-sept ans, opérée par M. Schwartz.

La tumeur ovoïde, du volume du poing, était située dans la partie latérale droite du petit bassin. Elle contenait de la matière sébacée, jaunâtre, pâteuse, analogue à du beurre, renfermait une touffe de cheveux bruns, longs et enroulés en peloton. La paroi du kyste présentait, dans sa partie supérieure, un rudiment de maxillaire avec une petite molaire solidement implantée, et regardant l'axe du corps; des poils fins et soyeux naissaient à ce niveau. Le reste de la paroi est lisse et a l'aspect d'une peau mince et délicate; elle offre quelques suffusions hémorrhagiques anciennes et des plaques graisseuses, surtout au voisinage des vestiges de l'ovaire, situé sur la face antérieure du kyste.

Le pédicule, long de 5 centimètres, croisait en écharpe le corps utérin en rétroversion. Il était formé par le méso-ovarium, le mésosalpinx et la trompe, tordus sur eux-mêmes dans le sens des aiguilles d'une montre.

Exostose sous-unguéale ostéo-fibro-cartilagineuse. — **M. Mermet** montre les coupes d'une exostose sous-unguéale du gros orteil. La tumeur a une structure ostéo-fibro-cartilagineuse.

On note surtout l'épaisseur extrême de la couche cornée qui la recouvre, la richesse en granulations de matière onychogène et d'éléidine du stratum granulosum, la hauteur de la couche malpighienne, l'existence d'un derme de nature périostique pourvu de papilles sur toute la surface de la tumeur et émettant par sa face profonde de véritables fibres arciformes qui plongent dans la couche sous-jacente. Celle-ci a ainsi une structure du fibro-cartilage; les cellules les plus superficielles de cette couche sont des cellules plates conjonctives, les moyennes des chondroplastes jeunes, les profondes des chondroplastes adultes et même infiltrés au voisinage de la masse centrale de la tumeur qui a la structure du tissu spongieux et qui se continue sans transition avec la substance cartilagineuse.

Obstruction intestinale. Cancer de l'estomac. — **M. Heresco** communique l'observation d'une femme présentant tous les symptômes d'une occlusion intestinale, et opérée d'urgence. Elle présentait une hernie ombilicale irréductible. On procède à la cure radicale de cette hernie; mais l'anse intestinale n'était pas étranglée, et en examinant la cavité abdominale, on voit des noyaux cancéreux à la face antérieure de l'utérus. La région pylorique était le siège d'une grosse masse cancéreuse. On fait une gastro-entéro-anastomose. L'état général étant mauvais, la mort survient sept heures après.

A l'autopsie, on fait l'épreuve de l'eau, les sutures ne laissent rien passer.

C'était le cancer qui avait donné des symptômes de pseudo-étranglement.

Obstruction intestinale par bride. — **MM. Pilliet et Gesland** montrent une pièce typique d'obstruction intestinale par bride fibreuse. Le malade, quatre ans auparavant, avait présenté des phénomènes péritonéaux. Les symptômes d'obstruction furent nets, mais on n'opéra pas le malade à cause de l'état général mauvais. Il mourut de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on trouva une bride médiane, reliquat de son ancienne péritonite; cette bride prenait deux anses intestinales, les coudait et allait se fixer au niveau du rectum.

Ulcération de l'intestin grêle chez un enfant syphilitique. — **M. Jolly** communique l'observation d'un enfant né avant terme, d'une mère syphilitique, probablement. L'enfant a été considéré comme atteint de lésions d'hérédo-syphilis. Il présenta des ecchymoses sous-cutanées, et des hémorrhagies gastro-intestinales.

La mort survint et on constata au niveau de la partie moyenne de l'intestin, une ulcération unique de la muqueuse. Des coupes ont été pratiquées à ce niveau. La muqueuse est complètement abrasée; autour des petits vaisseaux, on voit quelques nodules inflammatoires.

Fracture de l'omoplate. — **M. Morestin** montre une omoplate trouvée sur un sujet de l'Ecole pratique. Ouverture, fracture transversale au-dessous de l'épine. L'angle inférieur est entraîné vers l'aisselle. La consolidation s'est faite dans cette position vicieuse.

M. Morestin communique une série d'anomalies des nerfs de la main.

Anomalies musculaires. — **M. Bouglé** présente deux anomalies musculaires, l'une constituée par un faisceau détaché du jumeau supérieur, l'autre par un faisceau anormal du jumeau interne. L'artère poplitée passait au-dessous.

Anastomose du nerf médian avec le musculo-cutané. — **M. Pasteau** présente une dissection où l'on constate un filet anastomatique entre le nerf médian et le musculo-cutané.

Cystocèle inguinale. — **M. Imbert** montre une pièce de hernie inguinale de la vessie. La portion herniée contenait un gros calcul; un des uretères était également compris dans le sac, et passait par le canal inguinal. Il n'y avait pas de hernie intestinale concomitante. Cliniquement, on avait diagnostiqué : calcul vésical et hématocèle.

Rétrécissement tuberculeux du rectum. — **M. Sourdille** montre une pièce de rétrécissement du rectum; la paroi, en un point était infiltrée de tubercules. En d'autres endroits il était impossible de trouver de granulations tuberculeuses. L'appendice était malade, dilaté et présentait à son embouchure dans le cæcum une ulcération.

Des inoculations avaient été faites à des cobayes qui sont morts de tuberculose.

Épithélioma développé au niveau des cellules ethmoïdales. — **M. Sourdille** montre une tumeur développée primitivement au niveau des cellules ethmoïdales, avec envahissement secondaire des sinus de la face et du crâne. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Plaie du cou chez un suicidé. — **M. Hennecart** montre les pièces d'un individu qui s'était suicidé à l'aide d'un rasoir, en se sectionnant transversalement le cou. On constate une large incision de la peau de cette région; le muscle sterno-mastoïdien gauche était sectionné, le cartilage thyroïde très légèrement touché, les veines jugulaires externe gauche et antérieure étaient sectionnées; le malade a été trouvé mort d'hémorrhagie. Les carotides, jugulaires internes et les voies aériennes n'avaient pas été atteintes.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

26 Février 1896.

Traitement des crises dyspeptiques des nerveux, mode d'administration du lait. — **M. Mathieu.** Il me semble utile de faire ressortir quel rôle considérable joue l'innervation dans les modifications de la motilité et de l'activité sécrétoire de l'estomac; les lésions de la muqueuse peuvent exister, mais le rôle capital est joué par le système nerveux, comme le prouvent, entre autres, les observations de Sollier qui arrive par suggestion à arrêter pendant un certain temps la digestion chez une hystérique. L'observation de MM. Huchard et Bovet nous montre que l'état hypochlorhydrique a pu être facilement combattu par une méthode thérapeutique appropriée : cela tient à ce que ce malade était pour ainsi dire en puissance d'hyperchlorhydrie et que toute excitation de la muqueuse provoquait une augmentation du taux de l'acidité dans la période d'hyperchlorhydrie. Il y aurait lieu de faire une distinction très nette entre ces cas et ceux d'hyperchlorhydrie simple. MM. Huchard et Bovet ont été étonnés de voir le lait mal digéré pendant les crises d'hyperchlorhydrie; cette intolérance tient au mode d'administration.

Pour éviter la formation d'un grand caillot de caséine mal toléré et provoquant des crises douloureuses, je recommande le mode d'administration suivant : additionner chaque litre de lait de 100 grammes d'eau de chaux et donner un demi-litre toutes les trois heures : ce demi-litre sera absorbé en quinze ou vingt minutes par gorgées successives, et l'on obtiendra de la sorte de petits caillots faciles à digérer. L'eau de chaux diminue l'hyperacidité; quant au lait, il dilue, en qualité de liquide, le suc gastrique par action physique, et entre, en outre, en combinaison avec l'acide chlorhydrique au moyen des albuminoïdes qu'il contient. Le lait n'agit donc pas comme alcalin : il donne d'ailleurs naissance à de l'acide lactique et des recherches instituées dans mon service ont démontré que l'acidité des urines augmente à la suite du régime lacté. L'acide lactique, étant moins irritant que l'acide chlorhydrique, provoque moins d'accidents; il est vrai que certains malades ne supportent même pas la présence de cet acide dans leur estomac.

L'hyperchlorhydrie sera, en outre, combattue par les alcalins à hautes doses : ici encore le mode d'administration joue un rôle capital. On donnera 5 grammes de magnésie calcinée mélangée à 20 grammes de bicarbonate de soude, au moment où les douleurs vont apparaître (ce moment est toujours nettement perçu par les malades). Grâce à cette pratique, le malade tolérera le lait, les phases douloureuses seront atténuées et on arrivera ainsi progressivement à une alimentation plus normale. L'intolérance des malades pour le lait tient à deux causes : un dégoût invincible ou la perte de confiance dans l'efficacité du régime lacté : dans le second cas, il s'agit de démontrer au malade qu'il supportera très bien le lait si on le donne de la façon ci-dessus décrite. En terminant, je dirai que, sur plus de 100 cas d'hyperchlorhydrie, je n'ai observé que 2 cas d'intolérance vraie du lait.

M. Guelpa. L'acidité des urines, observée à la suite du régime lacté ne persiste pas longtemps : au bout de peu de temps, cette acidité, qui dépend de l'alimentation précédente, disparaît.

M. Mathieu. L'acidité urinaire a été recherchée par nous à la suite des repas, pour nous permettre de presser la courbe horaire de l'acidité urinaire et arriver ainsi à diagnostiquer la modalité de la dyspepsie en observation. On a fait en Allemagne des recherches de ce genre, en examinant les urines toutes les trois heures; cet espace est trop long, si l'on veut se rendre compte des rapports qui peuvent exister entre l'hyperchlorhydrie et l'acidité urinaire. La courbe de l'acidité a toujours paru considérablement augmentée sous l'influence du régime lacté; il est vrai que ces recherches n'ont pas été poursuivies pendant assez longtemps chez chaque malade pour que le phénomène auquel a fait allusion M. Guelpa ait pu être consigné par nous.

Inutilités et dangers de la quinine. — M. le Secrétaire général communique une lettre de M. Treille, d'Alger, qui, depuis de longues années, lutte contre le sulfate de quinine; les observations présentées par M. Ferrand, à la séance du 22 Janvier dernier, au sujet de l'avantage qu'il y a à ne pas combattre l'hyperthermie, ont paru à M. Treille un nouvel argument en faveur de sa thèse.

M. Ferrand. J'ai été frappé autrefois par la lecture d'un travail de M. Treille cherchant à démontrer qu'on usait inconsidérément de la quinine; cette opinion me paraît fort défendable. Il est certain que les typhiques, par exemple, se trouvent mal de l'emploi de la quinine; cette médication est inefficace quand l'absorption est nulle, et dangereuse lorsque l'absorption s'effectue.

Dangers de la médication antipyrétique, pratiquée avec les médicaments aromatiques. — **M. Bardet.** En posant la question des antithermiques, je n'ai pas l'intention de faire une communication originale, mais il m'a semblé utile de poser d'une façon un peu précise un point important de thérapeutique, touché seulement au cours des deux dernières séances par nos collègues, MM. Ferrand et Pouchet, à l'occasion du travail de M. Vogt sur les avantages de l'association de certains antithermiques. Ces auteurs ont rappelé en deux mots que c'était un solécisme thérapeutique que de vouloir combattre l'hyperthermie, au moins dans le plus grand nombre des cas. Il est bien certain que, pour tous les thérapeutistes au courant de la science, la question est jugée depuis longtemps, mais malheureusement il n'en est pas de même dans le grand public médical et encore aujourd'hui une quantité trop considérable de praticiens croient devoir abaisser la température de leurs malades par l'emploi des aromatiques.

C'est là une pratique détestable, contre laquelle on ne saurait trop s'élever quand on en trouve l'occasion. Dès le début de la méthode, Dujardin-Beaumetz a pu poser en principe que l'abaissement de la température par ces moyens toxiques étaient toujours obtenu au détriment du malade.

Les travaux de l'école moderne et particulièrement ceux de notre collègue, M. Albert Robin, ont jeté un jour très grand sur l'étiologie du processus fébrile et indiqué la voie à suivre. Malgré cela, nous voyons tous les jours préconiser de nouvelles drogues qui auraient le pouvoir de faire baisser la température, sans causer en même temps les phénomènes toxiques attribués à l'antipyrine et à ses synergiques. Dernièrement encore, un de nos jeunes collègues, M. de Crésantignes, nous parlait de l'antipyrine comme d'un corps qui était dangereux parce qu'il peut produire le collapsus.

Or, je veux surtout m'élever aujourd'hui contre cette opinion qui laisserait supposer que les antipyrétiques sont seulement dangereux par une action toxique accessoire. C'est au contraire la méthode elle-même qui est dangereuse et non pas seulement certains antipyrétiques; il sera toujours dangereux pour l'organisme d'employer des médicaments capables d'entraver les oxydations. Pour le prouver, il suffit de rappeler ce qui se passe dans le processus fièvre. L'élévation thermique, à l'encontre de ce qu'il semble au plus grand nombre, est le moins important des phénomènes dans la plupart des cas, mais il en est tout autrement des phénomènes d'intoxication due aux leucomaïnes toxiniques qui encombrent les tissus; ce sont ces matériaux auxquels il faut joindre les matières extractives résultant de l'hydratation, c'est-à-dire d'une combustion incomplète, qui sont la véritable cause de l'état infectieux du sujet.

Or, la véritable indication thérapeutique est de favoriser l'élimination de ces matières toxiques. Comme elles sont peu solubles, il est nécessaire de les rendre éliminables par transformation et pour cela nous n'avons, comme l'a démontré M. Albert Robin, qu'un seul moyen : favoriser les oxydations, qui brûleront les produits toxiques en les transformant ainsi en substances solubles non dangereuses. Les antipyrétiques aromatiques ont justement pour effet d'entraver les oxydations et, par conséquent, d'arrêter un procédé de défense de l'organisme. En raison même de cette propriété, ces médicaments devront donc être toujours

bannis de la thérapeutique rationnelle des affections fébriles.

Le processus thermique est donc bien, comme le rappelait M. Ferrand, un phénomène favorable que, dans 90 pour 100 des cas, on devra surveiller mais non pas entraver. Mais il est bien évident que, si la température s'élève au point de mettre la vie du malade en danger, il deviendra nécessaire d'aviser; il en sera de même quand la température pourrait amener un état inquiétant de déchéance. C'est alors que, comme l'a montré M. de Crésantignes, on utilisera avec avantage les bains froids; ils soustraient du calorique, mais, en même temps, ils maintiennent les phénomènes d'oxydation si nécessaires à l'évolution normale de l'accès infectieux.

En résumé, la thérapeutique doit rejeter absolument les aromatiques comme médicaments antipyrétiques non parce qu'ils sont toxiques, mais bien parce que le principe même de l'antipyrexie est vicieux. Ces médicaments doivent être exclusivement réservés comme analgésiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

10 Février 1896 (*suite*).

Des différents procédés d'électrolyse de l'urèthre. — M. Desnos. Tous les procédés, assez nombreux, d'électrolyse de l'urèthre relèvent de deux méthodes essentiellement différentes, l'électrolyse rapide dite linéaire, et l'électrolyse lente. La première, essayée par Mally et Tripier, est due à Jardin qui a construit un instrument ingénieux calqué sur l'uréthrotome de Maisonneuve; on se propose pour but de détruire un rétrécissement, en employant des courants d'une intensité variable, mais assez élevée et suffisante pour que la lame électrolytique traverse le rétrécissement en une seule séance. C'est toujours le pôle négatif qui est appliqué sur le rétrécissement, dans le but d'éviter les cicatrices dures et rétractiles consécutives à l'action du pôle positif. Dans l'électrolyse lente ou méthode de Newmann, on emploie de très faibles intensités portées au niveau du rétrécissement au moyen, non d'une lame, mais d'une olive d'un calibre un peu supérieur à celui de la stricture préalablement explorée, et qu'on laisse en contact avec celle-ci pendant que passe un courant de 2 à 4 milliampères au plus : tantôt l'obstacle est franchi rapidement et on sent l'olive s'engager brusquement libérée, tantôt le rétrécissement résiste, mais dans l'intervalle de deux séances il se produit un travail de régression tel qu'au bout de quelques jours, on constate une augmentation souvent très sensible du calibre du rétrécissement.

Nous rappellerons ici que, pour nous rendre compte du mode d'action de l'électrolyse sur les tissus, nous avons institué une série d'expériences sur des chiens dont nous avons publié les résultats, il y a deux ans environ. En employant l'électrolyse linéaire avec des intensités moyennes, on constate dans les vingt-quatre premières heures, les phénomènes suivants : rougeur intense au niveau du point d'application du courant, non pas en ce seul point, mais étendue sur toute la périphérie de l'urèthre qui est ecchymosée; en profondeur, ces lésions dépassent les limites de la muqueuse et, si l'intensité du courant est quelque peu forte et prolongée, on constate des petites hémorrhagies interstitielles qui nous paraissent jouer un certain rôle dans la genèse des accidents consécutifs. Sur des chiens chez lesquels nous avions produit un rétrécissement par rupture de l'urèthre, celui-ci a été facilement franchi, mais la récidive s'est montrée avec une très grande rapidité. Enfin, sur les urèthres sains, l'action de l'électrolyse est de nature à provoquer la production d'un rétrécissement qui devient très serré, infranchissable, dans un cas, dans un délai de trois à quatre mois.

Ces faits concordent absolument avec les observations que nous avons recueillies sur l'homme. Dès qu'il est nécessaire d'employer des intensités un peu élevées pour franchir le rétrécissement en une séance, on constate une récidive rapide; mais ce qui est surtout important, c'est que ce nouveau rétrécissement est dur et inextensible, qu'il présente en un mot les caractères des rétrécissements traumatiques; d'où la très grande résistance à la dilatation des urèthres électrolysés. Il n'en est pas de même avec la méthode des courants très faibles, la méthode de Newmann : avec elle on n'observe guère d'accidents; quant aux résultats ils sont généralement bons : nous n'avons pas été aussi heureux que Newmann qui sur plusieurs centaines de cas ainsi traités n'a pas eu un seul accident, nous avons rencontré au contraire un certain nombre de rétrécissements indilatables par cette méthode; il faut reconnaître qu'elle réussit d'ordinaire. Malheureusement, elle est d'une lenteur extrême : il ne faut pas laisser moins de dix ou douze jours entre les séances et vingt, vingt-cinq séances sont souvent nécessaires. Aussi les malades et même le médecin perdent patience et recourent souvent à un autre traitement.

M. Labbé. Les résultats constatés par M. Desnos ne me surprennent pas; il s'agit dans les cas présentés sous le nom d'électrolyse rapide, non pas d'électrolyse, c'est-à-dire de décomposition moléculaire des tissus, mais de chimicaustie, en un mot d'une véritable cautérisation. Bien que les eschares produites par le pôle négatif soient réparées par une cicatrice molle, il n'en est pas moins vrai que la rétractilité de cette cicatrice se produira fatalement. La méthode de Newmann paraît agir par véritable électrolyse.

M. Boursier demande si les malades accusent de la douleur pendant le passage du courant et si des hémorrhagies ont été constatées.

M. Desnos. Les sensations douloureuses sont presque toujours en rapport direct avec l'intensité du courant. Même avec l'emploi de la cocaïne, il est rare qu'une sensation pénible ne soit pas accusée; la douleur peut être telle qu'elle oblige à suspendre la séance. Quant aux hémorrhagies, je n'en ai jamais vu d'abondantes, mais il existe ordinairement un suintement sanguin pendant plusieurs jours, souvent pendant une à deux semaines et que j'ai vu dans un cas se prolonger plus de vingt jours.

24 Février 1896.

Des hématuries des oxaluriques. — M. A. Boursier (de Contrexéville). L'hématurie est un symptôme fréquent dans la lithiase rénale; mais elle présente son maximum de fréquence dans la gravelle oxalique et l'oxalurie.

En compulsant les nombreuses observations prises dans notre pratique de Contrexéville, nous avons pu constater que, sur 100 cas d'hématuries lithiasiques, il y avait 75 cas de gravelle oxalique ou oxalurie, et 25 cas seulement de gravelle urique.

Si nous recherchons dans les observations de gravelle oxalique la fréquence de l'hématurie, nous la trouvons dans près de la moitié des cas. L'hématurie est, au contraire, rare dans la gravelle urique, quel que soit le volume que peuvent atteindre les graviers ou calculs uriques.

Suivant la quantité de sang dans les urines, celles-ci seront tantôt noires, brunes, d'une couleur marc de café, si le sang est abondant et intimement mélangé avec l'urine, tantôt rouges avec ou sans caillots; tantôt au contraire elles ne seront que louches et c'est seulement par l'examen au microscope, qui permettra de voir dans le dépôt nuageux des globules sanguins en plus ou moins grande quantité, qu'on constatera l'hématurie. Dans ce dernier cas, le microscope rendra de grands services et sera indispensable pour fixer le diagnostic ; si on se contentait d'examiner l'urine en la faisant chauffer et en ajoutant quelques gouttes d'acide acétique, on pourrait croire à une albuminurie et traiter le malade pour une néphrite, quand il ne s'agit que de gravelle oxalique.

Chez les oxaluriques, cette hématurie consistant seulement en la présence de quelques globules sanguins dans l'urine, est excessivement fréquente.

La durée de ces hématuries est variable : elles sont en général plus tenaces que les hématuries de la gravelle urique. Elles peuvent persister longtemps, des mois, des années, avec des alternatives d'augmentation ou de diminution. Dans quelques cas, elles sont continues : elles sont quelquefois périodiques, à retours paroxystiques.

L'hématurie des oxaluriques est, comme celle des uriques, provoquée par la marche, la fatigue, les mouvements violents ou exagérés, les efforts, l'équitation, les promenades en voiture, par les explorations de la région malade, en un mot par toutes les causes qui réveillent la douleur.

Ces hématuries sont intermittentes, de même que celles qui se produisent à l'occasion des coliques néphrétiques et qu'elles précèdent, accompagnent ou suivent.

Elles sont dues à la présence d'un gravier, d'un calcul qui se trouve dans le rein, le bassinet ou l'uretère. Les graviers ou calculs oxaliques sont le plus souvent rugueux, tuberculeux, couverts de pointes ou d'aspérités aiguës, qui les font ressembler à un oursin ou un porc-épic : ils présentent l'aspect muriforme; dans quelques cas, ils offrent la forme d'une lame cristalline, analogue à du mica, tranchante et dure.

On comprend que la présence ou le passage de tels graviers dans le conduit urinaire provoque des déchirures de la muqueuse, et détermine par suite des hémorrhagies qui peuvent être plus ou moins abondantes et durables suivant leur irrégularité et leur volume.

La pathogénie de ces hématuries s'explique donc très facilement.

Les hématuries périodiques, à retours paroxystiques reconnaîtraient, suivant M. Lécorché, pour cause, la formation dans la portion droite des canalicules urinifères ou dans les tubes de Bellini des calculs d'oxalate de chaux, moulés sur ces canalicules. C'est à l'irritation déterminée dans les reins par ces calculs que seraient dues ces hématuries, qui ne cessent qu'après l'expulsion de la concrétion rénale : elles reparaissent au bout d'un temps plus ou moins long après la reproduction de calculs oxaliques inter-canaliculaires.

En dehors de ces cas où il existe un calcul oxalique, pouvant expliquer une hématurie, nous avons eu l'occasion d'observer des malades qui n'ont jamais rendu de graviers ou calculs oxaliques, et qui présentent cependant des hématuries plus ou moins abondantes, continues quelquefois et dont la cause est certainement due à une élimination d'oxalates de chaux en grande quantité.

Ces malades n'ont pas le plus souvent de véritables crises néphrétiques : ils accusent des douleurs, non dans la région lombaire, mais dans le bas-ventre au-dessus du pli de l'aine, ce qui chez la femme a pu faire croire à une lésion utéro-ovarienne. Dans quelques cas, la douleur est si limitée dans un point, qu'on croit avoir affaire à un calcul situé dans l'uretère.

Un malade que nous suivons depuis six ans, avait cette douleur très limitée avec tendance nauséeuse le matin, qui disparaissait quand il avait pris quelque liquide. On avait pensé à un calcul : mais jamais il n'y a eu d'expulsion de graviers.

Nous avons constaté dans les urines les cristaux octaédriques d'oxalate de chaux avec des hématies et des leucocytes. Par moments, ce malade rend de l'acide urique en grande quantité, et dans le dépôt urinaire nous ne trouvons ni cristaux oxaliques, ni globules sanguins.

L'hématurie paraît donc liée à la présence de l'oxalate de chaux dans les urines, à une véritable *oxalurie* sans calcul.

D'ailleurs, chez ces malades, l'hématurie semble augmenter avec la quantité d'oxalates : l'alimentation, l'aggravation des troubles dyspeptiques et nerveux, qui déterminent l'oxalurie, comme nous l'avons démontré dans un travail lu à la Société d'hydrologie en 1894, ont une influence très nette sur la production de ces hématuries.

Nous croyons devoir attribuer ces hématuries à une véritable *congestion rénale*, due à une irritation par les oxalates de chaux.

Ces hématuries peuvent être continues ou intermittentes : elles ne subissent aucune modification par les causes physiques (mouvement, marche, course en voiture) et ne cèdent pas par le repos, comme celles des véritables calculeux de nature oxalique ou urique. Elles diminuent ou disparaissent avec l'oxalurie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

20 février 1896.

Traitement de la colique de plomb par l'électricité galvanique. — MM. Labadie Lagrave et Regnier. On peut employer le lavement électrique de Boudet pour produire rapidement l'évacuation des matières fécales. Chez quatre malades le succès a été rapide et complet. On peut aussi employer le courant galvanique contre la douleur en plaçant le pôle + sur la colonne vertébrale, le pôle — sur le ventre.

L'action du lavement électrique prouve que la rétention des matières est due à une contracture de l'intestin.

La rapidité de son action démontre qu'au lieu de l'employer en dernier ressort, il vaudrait mieux commencer par lui.

M. Wigier rappelle que Duchenne (de Boulogne) employait la faradisation cutanée pour produire l'analgésie et y réussissait ; il n'y a donc pas de relation directe entre la douleur et la constipation.

M. Regnier partage cette opinion. Mais mieux vaut commencer par essayer d'obtenir l'évacuation des matières qui est rapidement suivie de la cessation des douleurs.

Etat actuel du traitement électrique des fibromes utérins. — M. Leepthom Smith. Conclusions générales.

1° Le traitement électrique des fibromes utérins appliqué à 50 femmes, suivant la méthode Apostoli s'est montré d'une innocuité absolue et doit conserver, malgré les progrès considérables de la chirurgie abdominale, une place très honorable en gynécologie.

2° Le traitement électrique qui est principalement symptomatique, malgré ses lenteurs et la perte de temps qu'il entraîne, reste, malgré tout, une excellente méthode qui, dans bien des circonstances, peut avantageusement remplacer la chirurgie.

3° Ce même traitement peut en outre, comme l'a démontré Apostoli, fournir d'utiles contributions au diagnostic gynécologique.

4° Il est absolument inexact de prétendre que le traitement électrique provoque des adhérences du fibrome et augmente les difficultés possibles d'une opération ultérieure.

De l'hémostase galvanique utérine en gynécologie, action respective de chaque pôle. — M. Apostoli. Conclusions générales.

1° Le courant galvanique continu appliqué dans la cavité intrautérine sous forme de galvano-caustique chimique ou de chimicaustie a un pouvoir hémostatique puissant et rapide, variable suivant le pôle actif, sa densité, l'intensité et la durée de l'application.

2° L'hémostase galvanique peut dériver soit de l'action polaire directe immédiate ou éloignée, soit de l'action réflexe additionnelle, soit de l'action interpolaire électrolytique trophique et posthume.

3° Le pôle négatif est directement, par son action polaire, congestionnant et peu ou pas hémostatique.

4° Les deux pôles dans leur action réflexe paraissent avoir une puissance hémostatique analogue.

5° L'effet hémostatique posthume, dérivé en partie de l'action interpolaire et électrolytique, est prépondérant avec le pôle négatif manifestement plus trophique et plus dénutritif que le pôle positif. L. R. Regnier.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethreux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP ET GRANULES CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et Pharmacies.

38, Rue Boileau, 38
PARIS

Une cuiller à Café après chaque Repas. **PEPSI-MALTOSE DURAND** ANOREXIE TYPHLITE Dyspepsies, Gastralgies

Une cuiller à Café après chaque Repas. **MALTOSE DURAND** ENTÉRITE TUBERCULOSE

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*

LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE

SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

CONTRE Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine, etc.

GARGARISME SEC du Dr WILLIAMS

UTILE aux Orateurs, Prédicateurs Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon composé d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaïne pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux ; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, détergе les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPÔT : *PHARMACIE NORMALE*, 19, Rue Drouot, PARIS.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances*

TRAITEMENT INTENSIF DES
MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES
par les **CACHETS HÉRISÉ**

Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.
Pharmacie HÉRISÉ, 21, Boulevard Rochechouart, PARIS.

NOURRICES LES GALACTOGÈNES JOLIVET (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fbg St-Honoré, Paris. Envoi fco d'un Sel contre 3f.3 fac. Sirop fco gare. 9f.

GLYCÉRO-PHOSPHATES DE BRUEL

ELIXIR { à base de **GLYCÉROPHOSPHATES** de SOUDE, de CHAUX et de MAGNÉSIE — Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STRYCHNINE.

SIROP { à base de **GLYCÉROPHOSPHATES** de CHAUX et de MAGNÉSIE — **Indispensable à la Thérapeutique infantile.**

GRANULÉ { de **GLYCÉROPHOSPHATE** de CHAUX neutre et entièrement assimilable.

SOLUTION Injectable { de **GLYCÉROPHOSPHATE de Soude** — *Maladies de la Moelle. — Cachexies rebelles. — Aliénation mentale.*

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)
et dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : **9 et 11, Rue de la Perle, Paris.**

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la TUBERCULOSE et des AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.

10 fois plus actif que la créosote sans en avoir les inconvénients.

DOSE : *2 à 5 cuillerées par jour.*

5 fr. LE FLACON. — E. JEANNON, Phien de 1re classe, 24, Avenue Mac-Mahon, Paris.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : LAIT *sucré à volonté,* 1 VERRE. POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie **DUROZIEZ**
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HEYDEN

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Thyroïdine 2 dragées par jour *Myxœdème, Goitre, Psoriasis, Obésité.* - BOUTY, 1, rue Châteaudun, PARIS

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.